

### Modulo Anamnesi Personale ed Alimentare

#### • DATI PERSONALI

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP, Via \_\_\_\_\_ Numero  
di telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

#### • ANAMNESI PERSONALE FISIOLÓGICA

Peso al momento della prima visita \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Storia del peso  
\_\_\_\_\_

Terapie dietetiche passate  
\_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta \_\_\_\_\_ per ore al giorno  
\_\_\_\_\_ Attività fisica svolta  
\_\_\_\_\_ per ore al giorno/sett.  
\_\_\_\_\_ Abitudine al fumo: SI NO Da  
quando \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° sigarette al giorno \_\_\_\_\_

Quantità acqua bevuta al giorno:  < ½ litro  tra ½ e 1 litro  tra 1 e 2 litri  > 2 litri

Regimi alimentari particolari  Vegano  Vegetariano  Crudista  Altrospecificare

---

Diuresi:  Normale  Oliguria  Poliuria  Anuresi  Nicturia  Enuresi

Annotazioni: \_\_\_\_\_ Assunzione di alcolici: Sì  No Tipo di alcolico \_\_\_\_\_::Quantità al giorno \_\_\_\_\_ Intestino:  Regolare  Stipsi  Diarrea

Ore dormite a notte \_\_\_\_\_ Ciclo mestruale: Regolare  Assente  Menopausa

Eventuali contraccettivi orali  SI  NO quale e da quanto tempo lo prendi

---

Attualmente sei in condizione di gravidanza/allattamento?  SI  NO

Attualmente assumi farmaci o integratori? Se sì, quali?

---

Motivo dellavisita/obiettivo

---

#### • ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E REMOTA

##### PATOLOGIA E TERAPIA FARMACOLOGICA

<b>Patologie sistema nervoso centrale</b>		
<b>Patologie app. cardiov. e pressione arteriosa</b>		
<b>Patologie apparato gastroenterico</b>		
<b>Diabete/insulino resistenza</b>		
<b>Patologie tiroidee</b>		
<b>Allergie e intolleranza dichiarate</b>		
<b>Interventi chirurgici</b>		

<b>Installazione di pacemaker/defibrillatori</b>		
<b>Inappetenza</b>		
<b>Recenti stress (psicologici e fisici)</b>		
<b>Patologie cutanee/ sindrome ovaio Policisto/ TUMORI</b>		
<b>ALTRO</b>		

• ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

PATOLOGIA

<b>Padre</b>		
<b>Madre</b>		
<b>Sorella/fratello</b>		
<b>Nonno/Nonna</b>		
<b>Altro</b>		

• ANAMNESI ALIMENTARE

Orario

Alimenti

<b>Colazione</b>		
<b>Spuntino</b>		
<b>Pranzo</b>		
<b>Spuntino</b>		
<b>Cena</b>		
<b>Fuori pasto</b>		
<b>Week end, pasto libero</b>		
<b>Altro/note</b>		

Alimenti non graditi: \_\_\_\_\_

Alimenti preferiti \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI MANLEVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di non aver omesso alcunché rispetto al suo attuale e pregresso stato fisico-patologico;
- di essere stato messo al corrente delle condizioni in cui l'utilizzo dell'analizzatore medicale della composizione corporea potrebbe comportare dei rischi;
- di manlevare la Dott.ssa Sabrina Cavuoto da ogni e qualsivoglia responsabilità per ogni danno o lesione;
- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente nell'ambito delle operazioni necessarie a consentire il corretto funzionamento e l'utilizzazione della pagine web del Forum e per finalità direttamente connesse e strumentali alla Rete informatica da parte del richiedente;
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data

Firma